

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

②法人・施設・事業所情報

施設名称:やまゆり	種別: 障害者支援施設	
代表者(職名)氏名: 施設長 菫澤保男	定員・利用人数: 40名・40名	
所在地:岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢 139-1		
TEL:0195-35-2479 FAX:0195-35-2479	ホームページ:http://www.iwate-fukushi.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:平成19年4月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等): 岩手県社会福祉事業団・理事長 水野和彦		
職員数	常勤職員(正規): 16名	非常勤職員(非正規): 13名
専門職員	施設長 1名	生活支援員(介護福祉士) 5名
	業務係長(介護福祉士) 1名	生活支援員 8名
	寮棟主任(介護福祉士) 1名	
	寮棟主任 1名	
	主任生活支援員 1名	
	生活支援員(社会福祉士) 3名	
	生活支援員(介護福祉士) 7名	
	生活支援員 1名	
施設・設備の概要	(居室名・定員: 18室)	(設備等)
	かなりあ・3名 にじ・3名	暖房機、ベット等
	うぐいす・3名 ほし・3名	
	ほおじろ・1名 ゆき・1名	暖房機、ベット等
	つばめ・2名 うみ・2名	
	かつこう・3名 つき・3名	暖房機、ベット等
	ぶんちょう・3名 そら・3名	
	ひよどり・3名 かすみ・3名	暖房機、ベット等
	むくどり・2名 ひかり・2名	
こまどり・1名 みどり・1名	暖房機、ベット等	

③理念・基本方針

「法人・経営理念」

岩手県社会福祉事業団は、ご利用のお客様の人間の尊厳の保持を旨として、お客様の立場に立った質の高いサービスを提供するとともに、地域福祉を推進し、全ての人が相互に人格と個性を尊重し、支え合いながら、その人らしく共に生きる豊かな社会の実現に貢献します。

「やまゆり・経営理念」

1. 利用者の人権の尊重を基本とし、利用者が安心、安全で健康に生活できるよう利用者本位のサービスの提供に努めます。
2. 関係機関、事業所と連携し、地域の障がい者等の福祉ニーズ把握に努め、多様な福祉

サービスの提供を検討し、地域福祉の向上に努めます。

3. 職員個々の能力開発や専門性の向上を図るため、目標管理制度、教育研修制度等に基づいて研修を実施し、人材育成に努めます。
4. コンプライアンスを遵守し、信頼される組織体制を構築するとともに、財務状況の把握と経営意識の醸成により、経営基盤の安定、強化を図ります。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- 1 安心・安全なサービスの提供と生活環境の改善
リスクマネジメント体制の充実を図り、事故を未然防止するとともに、快適性や安全性に配慮した生活環境づくりに努めています。
- 2 高齢で障がいが高く医療的ケアが重要な利用者への支援
利用者の日々の健康状態を把握し適切に対応するとともに、利用者に適した支援技術や介護方法を職員一人ひとりが身につけ、利用者が心地よいと感じるサービスの提供に努めています。
- 3 ボランティアの育成
地元中学校と連携し、障がい者福祉に対する理解を深め、福祉ボランティアの育成等を目的として、事前学習、施設訪問交流、事後学習など全生徒を対象に実施しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 6 月 5 日（契約日） ～ 平成 27 年 11 月 20 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4 回目（平成 24 年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

○ 遵守すべき法令等を正しく理解するための積極的な取組

やまゆりでは、福祉サービスを提供する組織として、法人（岩手県社会福祉事業団）が定める中長期計画に掲げる「IV 信頼される組織運営と経営基盤の安定」に向けてコンプライアンスの推進に取組み、職員一人ひとりに高い倫理観と規範意識の保持を促している。その中では、遵守すべきルールを逸脱しないよう「コンプライアンス・チェックシート（自己評価）」と「人権侵害による自己チェック」を実施し、その結果を職員会議で共有化するなどの取組を行っている。

また、管理者は、道路交通法や、不祥事防止、権利擁護など遵守すべき法令等に関して最新情報の収集と周知に努め、職員会議や夕礼において説明し周知を図っている。さらに、基本的な関係法令や事業者としての倫理を踏まえて事業を進める必要性から、法人で作成した幅広い関連法令や規則、サービス内容等をリスト化して纏めた冊子「サービス提供の手引き『手にして未来』」を職員に配布して、遵守すべき法令等を周知するなど、その理解に向けた具体的な取組を積極的に行っている。

◇ 改善が求められる点

○ 苦情解決・相談・意見の仕組みの再整備

苦情解決の仕組みとして、平成 24 年 11 月 1 日に施行された「やまゆり苦情解決実施要領」や「やまゆり苦情解決マニュアル」に基づき、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員が設置されている。利用者や家族等に対して苦情解決の仕組みを掲示するとともに、意見箱を設置して苦情等を申し出やすいように工夫している。苦情内容は、定められた様式に記載し、寮棟会議等で内容を

検討、対応策を講じて解決結果は利用者等にフィードバックし、ホームページや広報誌に公表している。しかし、「苦情解決」と「相談・意見」の区分けに曖昧な部分が見られるため、それぞれの対応の仕組みについて再検討が求められる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

(1) 施設のコメント

当施設は、平成24年度に続き、4回目の福祉サービス第三者評価の受審となりました。

今回は、コンプライアンスの推進に向け、職員一人ひとりが高い倫理観と規範意識を保持するための自己点検を継続するとともに、法人で作成した「サービス提供の手引き」により遵守事項を全職員に周知するなどし、理解に向けた取り組みを積極的に行ったこと、食事提供において、マニュアルに基づき利用者の身体状態に応じたきめ細やかな配慮をしている点や、リスクマネジメント体制の充実、内服薬の保管・管理の取り組みなどに高い評価をいただきました。

一方、意見箱を設置して利用者や家族等が、苦情等を申し出やすくなるよう工夫していますが、「苦情解決」と「相談・意見」の取扱いに曖昧な部分がありました。また、実習生やボランティアの受け入れに関するマニュアル等の整備や利用者の能力に応じた日中体験などについて検討を求められており、速やかに改善に向け進めてまいります。

今回の受審に当たり、評価基準に沿ってサービス内容を改めて見直す機会となりましたが、明らかになったその他の課題等についても改善に努め、利用者の人権尊重を基本に、健康で楽しみのある生活を送っていただけるよう支援します。

(2) 法人のコメント

ア 苦情解決、相談・意見の仕組みについて

当法人では、平成24年度に苦情解決実施要綱を整備するとともに、各施設においては、現状を踏まえ要領の見直しを図ってきたところですが、今回、「苦情解決」と「相談・意見」の区分けに曖昧な部分がみられるとの評価をいただいた施設がありました。このことについては、取扱いについて明確な基準を設けるとともに、利用者からの意見を反映する仕組みを工夫し、迅速に対応できるよう、改善に取り組んでまいります。

イ 災害時における利用者の安全確保に向けた組織的な取り組みについて

当法人では、平成26年度に事業継続計画（BCP）を作成し、法人全体での大規模災害訓練を実施し、災害発生に備え、職員及び利用者の防災意識の向上に努めているところです。今回、発災時の明確な対応が不十分であるとの評価をいただいた施設がありました。今後、幅広い想定訓練を重ね、課題となる部分の見直しを図り、利用者の安全確保に向けた取り組みに努めてまいります。また、防災対策として、日頃から地域との連携体制の構築が不可欠なことから、地域の方々の協力をいただきながら、事業団のスケールメリットを活かした地域防災対策を進めてまいります。

ウ ボランティア活用の推進に向けた取り組みについて

各施設においては、随時ボランティアの受け入れをおこなっていますが、障がいの重さ等により、限られた活動となってしまっている施設もあります。今後、地域とのつながり、障がいの理解促進を高めていくためにも、可能な限り活動範囲を拡大し地域との関係性を強化してまいります。また、

事業団各施設が保有する施設機能や、専門性を開放し、より地域に開かれた施設運営を目指していきます。

エ 標準化された質の高いサービス提供について

今回、プライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスが不十分であるとの評価をいただいた施設がありました。利用者お一人おひとりに合った環境の整備とともに、エンパワメントとストレングスモデルの視点に立った利用者支援と、それらを提供するサービスが維持できるよう支援の標準化を図ってまいります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果【やまゆり】

評価対象I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>理念、基本方針は法人である岩手県社会福祉事業団において明文化している。施設ではこの理念や基本方針等を周知するため、ホームページやパンフレット、事業計画書のほか、職員の名札の裏にも記載している。また、食堂や寮棟への掲示、厨房職員に向けては配膳室内への掲示も行っている。さらに4月に職員会議と職場研修で施設長が説明するとともに、毎月第1火曜日には運営方針の1項目ずつ討議する機会も設けている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</p> <p>事業団プロセスマネジメント会議、中山の園グループ内で事業団経営分析学習会を行いながら、中山の園が位置する地域の利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握している。また、決算分析経営指標版を作成して経営分析を行い、状況を共有している。</p>		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>経営環境や経営状況の分析の結果を報告書に作成し、経営改善に向けた取組を行っている。中山の園グループの改善整備に関して、中山の園整備あり方検討会で協議を進めている。施設内では今年度8月に、職員を対象に経営分析学習会を実施している。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント4</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>中・長期的なビジョンを明確にした計画は平成23年度から平成27年度を前期とした実施計画が策定されており、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっており、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価も行える内容となっている。</p>		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント5 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 単年度の計画は、中・長期計画の内容を反映した事業内容が示されており実行可能な具体的内容となっている。年間の達成度評価及び四半期ごとに実施状況の評価も行っており、単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等の評価が行える内容となっている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
6	I-3-(2)-①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>評価者コメント6 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 年度末に係りや担当で事業の反省を行い、それを基に役付け会議で見直しのうえ次年度の計画が作成されている。また、計画期間中に事業計画の実施状況があらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握され、評価されている。事業計画が職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組も行われている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p>評価者コメント7 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。 事業計画は、やまゆりの会(利用者の会)や家族会で資料を配布し説明している。やまゆりでの生活についても、食堂や寮棟にも利用者向けにイラスト入りのものを掲示するなど、利用者がより理解しやすいように工夫を行っている。また、やまゆりの会で、毎月「わたしたちの願い」について話題を提供し話し合いが行われている。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p>評価者コメント8 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 施設内で組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。福祉サービスの内容については、担当職員を配置して毎年度自己評価を実施し、3年毎に第三者評価を受審している。自己評価については、集計結果を関係職員と協議し決定している。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p>評価者コメント9 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。 福祉サービスの第三者評価基準に基づき自己評価し、役付け会議で協議のうえ、サービス改善実施計画を作成して実施している。サービス改善実施計画については職場研修等で職員に周知している。サービス改善実施結果についても役付け会議で協議し、実施状況が評価されている。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p>評価者コメント10 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 施設長は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と役割・責任について職務分掌等に文書化するとともに、職場研修や職員会議で表明し、機関誌にも方針等を掲載している。</p>		

11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント11 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 施設長は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組として、道路交通法、不祥事防止、権利擁護など最新の法令情報など収集と周知に努め、職員会議や夕礼において周知を図っている。また、職員に対して、コンプライアンスについての自己点検を年2回行い、その結果を職員会議で報告し、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組も積極的に行っている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a
<p>評価者コメント12 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 施設内で、組織的に実施するサービスの状況について、年間の達成度評価及び四半期ごとに評価確認を行っている。また、利用者満足度調査や、毎月人権侵害に関する自己チェックを職員全員で実施し、その対応について検討している。人事考課、目標管理及び教育研修制度による職員との面談も年に数回実施するなど、福祉サービスの質の向上に関する組織の取組についても指導力を発揮している。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>評価者コメント13 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 管理者(施設長)は、毎月決算分析経営指標版を作成し、四半期毎に経営分析を行い、経営改善に取り組んでいる。また、業務改善実施計画及び職場環境改善計画も四半期毎に作成し、改善に取り組んでいる。職場環境改善についても「職員メンタルヘルス調査」の結果にもとづいて改善点を明らかにし、具体的な取組を実施している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>評価者コメント14 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。 法人が一体となって、人事考課制度、目標管理制度、教育研修制度を有機的に連携させて職員一人一人が自身の力を十分発揮し、施設運営を担う事が出来るよう、組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための必要な福祉人材や人員体制の計画に基づき具体的な取組が実施されている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>評価者コメント15 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 法人(福祉施設・事業所)の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にして、総合的な人事管理を行っている。一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関して評価している。人事基準(採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準)も定められ、職員に周知されている。職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき改善策を検討・実施しているが、職務に関する成果や貢献度等を基本とした職員処遇水準の更なる明確化と、処遇改善に向けた取組が求められる。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<p>評価者コメント16 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。 労務に関するデータ等は定期的にチェックし職員の就業状況を把握しており、職員の意向を反映した勤務表の作成や変更なども行っている。役付け会議等で改善策を検討する仕組みがあり、具体的な計画に反映し可能な範囲で実行されている。定期的に職員との個別面接の機会を設けて、職員の悩みや相談窓口を組織内に設置するなど職員が相談しやすいように組織内の工夫や、メンタルヘルス推進担当者を配置している。</p>		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。 人材育成のため目標管理制度、教育研修制度に基づき、各職員に対し個別的に育成に向けた取組を実施しているが十分に機能しているとは言えない。職員一人ひとりの目標の設定については、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされ、定期的に目標について中間面接を行っているが、進捗状況の確認の中で、見直し等に対する具体的助言や目標の内容に沿った計画的な面談が実施されてるとは言えず、育成に向けた取組としては更なる工夫が求められる。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 事業団教育研修制度に基づき、法人事務局所管研修実施計画、施設所管研修計画(職員研修実施計画)が策定されており、教育・研修計画にもとづき教育・研修が実施されている。また、各計画について評価・見直しも行っている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。 事業団教育研修制度に基づき、個别人材育成計画及び、職員研修履歴カードを作成し、職員の職務や必要とする知識、技術水準に応じた研修を実施している。しかし、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修の機会を、職員の不補充等の関係で十分に確保できていない。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>評価者コメント20</p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど積極的な取組には至っていない。 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢は、実習生の受入要項において明文化している。実習担当者を定め、今年度も介護体験実習を2名受け入れている。しかし、指導者に対する研修は未実施であり、受け入れに対するマニュアル、プログラムも十分に整備されていない。マニュアルは実習教育内容のほかに受入についての連絡窓口、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生に対する注意等、留意すべきことを説明するオリエンテーションの実施方法等の記載が求められる。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p>評価者コメント21</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努め、ホームページや「やまゆり通信」で情報公開をしている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
<p>評価者コメント22</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われているが、十分ではない。 外部監査(会計の専門家によるチェックを含む)は実施されていないが、施設の事務、経理、取引等について法人の監事(税理士)等により経理関連書類をチェックするなど定期的に内部監査を実施し、確認されている。平成28年度からの自主自営に向けては、外部の専門家によるチェックや助言を受け、適正な経営・運営に向けた更なる取組が期待される。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 法人(岩手県社会福祉事業団)の中長期経営基本計画には「地域福祉の推進と施設機能の強化」として、地域との連携や地域参加などが課題として挙げられている。やまゆりにおいては、地域との関わり方について行事や外出などの実施は確認されるものの、利用者の障がい状況等とも関係すると思われるが、積極的な交流の取組は十分とはいえず更なる工夫が望まれる。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 やまゆりでは、地域の中学校と連携し、障がい者福祉の理解を得るために事前学習、事後学習に講師として職員を派遣している。また施設見学(1年生)介護体験(2年生)発表会(3年生)など、ボランティア育成事業として毎年行っている。しかし、ボランティア等の受入れについて、受入方針・手順、受入登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルの整備が求められる。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。 地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。中山の園グループとして運営協議会の開催、援護の実施機関との連絡会議、二戸圏域の自立支援会議に参加して関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っていることが資料で確認できる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 社会貢献活動の一環として一部備品の貸出などを行っているが、施設は共有スペースが少ないため、中山の園グループとして建物等の地域開放・提供を行っている。施設の種別や規模によって具体的な活動は限られてくるが、多様な機関等と連携し社会福祉分野に限らず地域の活性化等に対する貢献活動の取組検討を期待したい。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 中山の園運営協議会に出席し、地域の要望等の把握に努めている。また中山の園グループとして、中山の園地域支援担当部や相談支援事業所「中山の園」「ひこうせん」を中心に確認、共有し対応している。短期入所など緊急に利用申し入れがあった場合は、グループ内で連携を取り対応している。今後は、把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる具体的な事業・活動について、中山の園グループとして検討し実施されることが期待される。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント28</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>利用者を尊重したサービス提供にかかる基本姿勢は、法人経営理念、経営基本方針、倫理綱領・職員行動規範等に明示され、標準的な実施方法に反映されている。職員は、「人権侵害に関する自己チェック票」を活用して自己啓発に努めるとともに、年度当初に開催される職場研修会に於いて、施設長による「サービス提供の基本姿勢や基本的人権の理解」等について講義され、職員の周知徹底が図られている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>評価者コメント29</p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。</p> <p>利用者のプライバシー保護や権利擁護等に関するマニュアルとして「やまゆりプライバシー保護マニュアル」・「利用者選挙行使支援マニュアル」・「やまゆり虐待防止実施要綱」・「サービス提供の手引き―手にして未来―」等を施設及び法人で作成し、定期的に研修が実施され、職員への周知が図られている。トイレのアコーディオンカーテンの設置や居室では目隠し用のカーテンを利用する等、プライバシー対応の工夫がみられる。「やまゆり個別支援マニュアル」は、入浴・食事・排泄等サービス場面ごとにプライバシーに関する事項が盛り込まれ、マニュアルに基づいた丁寧な支援が行われている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>評価者コメント30</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>やまゆりホームページを開設し、経営理念・経営方針やサービスの内容、写真による行事・日常生活について情報を提供している。入所に関しての見学は、随時実施され、体験利用も可能(ホームページに掲載)である。利用希望者等への説明は、利用者の人権尊重や利用者本位のサービス提供等について、カットやルビを使用してわかりやすく作成した「やまゆりの生活について」等により丁寧な説明を行っている。利用希望者がサービス選択に必要な情報は適切に提供されている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p>評価者コメント31</p> <p>サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族にわかりやすく説明している。</p> <p>サービスの開始にあたり、ルビ付きの「やまゆり重要事項説明書」やイラストを使用した「職員行動規範」、日常の暮らしのきまり・利用料等について大きな文字を使用する等、利用者等が理解しやすいように工夫し説明している。保護者等の同意を得て「やまゆり利用契約書」により契約を締結している。また、利用者等の権利擁護の観点から、契約困難な利用者への対応として、成年後見制度を活用している(現在3件)。法の改正等に伴うサービス変更時は、「利用者の会」や「やまゆり家族会」に於いて説明し、同意を得て新たに契約している。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p>評価者コメント32</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への意向にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>利用者が施設の変更や地域・家庭への移行にあたり、退所時にやまゆりの住所・電話番号・担当者名を記載した「連絡先のお知らせ」を利用者・家族及び移行施設(病院)に配布している。移行施設より利用者情報の問い合わせがあった場合は「プロフィール票」、「アセスメントシート(配慮事項)」、「直近の投薬」等情報をコピーで提供している。今後は、求められてから提供するのではなく、事前に個人情報等の同意を得ながら福祉サービスの継続性に配慮した手順及び引き継ぎ文書等の整備が望まれる。</p>		

III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>評価者コメント33</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>利用者満足の上昇を目指す姿勢は、「やまゆり事業計画書」で明示されている。満足度調査に関する担当者が設置され、「やまゆり利用者満足度調査実施について」に基づいて年に1回利用者及び家族を対象に定期的の実施している。意思疎通が困難な利用者が多い中、アンケート用紙にルビを付したり、わかりやすい文章になるように工夫し、利用者満足度の把握に努めている。調査結果は「やまゆり役付会議」で討議し、結果や改善報告は「やまゆり通信」で家族へ、利用者自治会「やまゆりの会」で施設長等が利用者へ報告している。</p>		
III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p>評価者コメント34</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決の仕組みとして、平成24年11月1日に施行された「やまゆり苦情解決実施要領」や「やまゆり苦情解決マニュアル」に基づき、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員が設置されている。利用者や家族等に対して苦情解決の仕組みを掲示するとともに、意見箱を設置して苦情等を申し出やすいように工夫している。苦情内容は、定められた様式に記載し、寮棟会議等で内容を検討、対応策を講じて解決結果は利用者等にフィードバックし、ホームページや広報誌に公表している。しかし、「苦情解決」と「相談・意見」の区分けに曖昧な部分が見られるため、それぞれの対応の仕組みについて再検討が求められる。</p>		
35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p>評価者コメント35</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境を整備されているが、そのことを利用者へ伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者等が相談したり、意見を述べたい時の方法や相談相手を選択できる環境は、「やまゆり苦情解決実施要領」や「やまゆり苦情解決マニュアル」により取り扱われている。「なんでも相談」は、やまゆり食堂に於いて定期的(毎週火曜日)に開催されている。利用者へは事前に相談担当職員の写真入りのポスターを掲示し、相談相手を選びやすいように工夫している。職員以外の相談相手は、第三者委員(利用者家族)が随時施設を訪問し、可能な限り聞き取りを行っている。今後、前項III-1-(4)-①と同様に「苦情解決」と「相談・意見」の取り扱いについてそれぞれの仕組みについて整備されるよう期待したい。</p>		
36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p>評価者コメント36</p> <p>利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。</p> <p>利用者からの意見や要望・提案等への対応は、苦情解決の仕組みと一体的に運用している。定期的開催される「なんでも相談」や「やまゆりの会」で収集された相談内容等は、やまゆり「相談記録票」に記載し寮棟会議や職員会議で討議している。今後、意見や要望、提案を受けた後の迅速に対応するための手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への結果の説明、公表の方法等、具体的に記載されたマニュアル等の作成が求められる。</p>		
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>「岩手県社会福祉事業団リスクマネジメント実施要綱」に基づき、やまゆり内にリスクマネージャーを配置し、委員会を設置している。委員会は定められた様式に従い、インシデント・アクシデントレポートを収集し、要因の分析と対応について検討し、寮棟会議や寮棟打ち合わせで職員への周知が図られている。事故発生時の対応として、「事故・緊急時対応マニュアル」を基に職場研修会を開催している。また、「やまゆり安全点検表」を用いた備品・設備等の点検が定期的の実施され、安全確保・事故防止に努めている。</p>		

38	III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>評価者コメント38</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。「やまゆり感染症別マニュアル」を作成している。マニュアルは、インフルエンザ・レジオネラ・ノロウイルス・疥癬等、の特徴、感染経路、症状、予防対策、発生時の対応について記載している。「やまゆり事故・緊急時対応マニュアル」と併せて感染症の予防や安全確保について寮棟会議で職員の周知徹底に努めている。前年度、インフルエンザ罹患が14～15名あり、リスクマネジメント委員会による「インフルエンザ対応についての検証」が行われ、職員に周知されている。感染症の流行警報が発令された場合は、診療棟から各棟に情報が提供されている。</p>		
39	III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	a
<p>評価者コメント39</p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取り組みを組織的にを行っている。災害時への対応体制は、「やまゆり災害応急対策要綱」に基づき、大規模地震・火山噴火・火災等、災害発生時における利用者の安全確保のための取組を行っている。職員は災害時に「非常連絡網」により召集され、「やまゆり職員行動マニュアル」に基づいて利用者の安否確認を行う仕組みがある。防災訓練は消防署や消防団等の協力を得て毎月実施している。非常食をリスト化し、備蓄している。</p>		

III-2 福祉サービスの質の確保

III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
40	III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>評価者コメント40</p> <p>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。標準的な実施方法は、「やまゆり業務手順」が定められ、利用者の日常生活における一般的なサービス提供として、サービス場面ごとの入浴・食事・排泄等、プライバシー保護や留意点を盛り込んだマニュアルが整備されている。個別の標準的な実施方法はアセスメントで抽出されたニーズ・課題を基に「個別支援マニュアル」を作成している。</p>		
41	III-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p>評価者コメント41</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。標準的な実施方法の検証・見直しは、利用者の個別支援計画の見直し時(概ね6か月毎)におこなわれ、個別支援計画に沿ったマニュアルを作成している。</p>		
III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。「やまゆり個別支援会議実施要領」に基づいた、サービス実施計画策定にかかる様式が定められている。「やまゆり事務分担表」に配置されたサービス管理責任者が中心となり、援助の必要度に関する評価表(援助の尺度を5段階に数値化)を作成し、個別支援計画書作成のためのアセスメントを作成している。個別支援計画書にはサービス実施上のニーズや課題、利用者及び家族の希望や目標が盛り込まれている。</p>		
43	III-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>評価者コメント43</p> <p>福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。「個別支援計画」の評価・見直しは、「個別支援計画作成の手順」により、概ね6か月毎に実施されている。モニタリングは、可能な限り本人・家族等の参加を得、サービス管理責任者・担当職員が参加して開催している。支援方法の変更や継続については、寮棟会議で確認し共有を図り、以降の支援に繋げている。</p>		

	III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
44	III-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p>評価者コメント44</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施にかかる記録は、組織で定められた様式で統一して記載されている。「個別支援計画」、「個別支援計画・提供管理票」、「やまゆり健康のまとめ」や日常生活場面ごとの点検記録(服薬チェック票・排便表・爪切りチェック表・入浴身体チェック表等)が整備されている。事業所内での職員間の情報の共有は、パソコンのネットワークシステムや寮棟会議、引き継ぎ等で適切に行われている。</p>		
45	III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>利用者に関する記録の管理体制は、社会福祉法人岩手県社会福祉事業団の「文書の整理、保管及び保存に関する取り扱い要領」に基づいて適切に管理されている。利用者や家族等からサービスの開示を求められた場合は、「岩手県社会福祉事業団における個人情報の保護に関する規定」に基づいた取り扱いが行われている。また、職員に対する個人情報に関する教育は職員会議等で周知が図られている。個別支援計画やケース記録等、利用者に関する記録は、「やまゆり個人情報マニュアル」に基づき管理されている。</p>		

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重		第三者評価結果
A①	A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b
<p>評価者コメント1</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。 利用者全員がコミュニケーション支援を必要としており、個別支援計画に具体的な支援内容や方法が明示されている。また日常的な関わりを通して、利用者固有の要求表現やサインを汲みとり、適切な支援に努めている。更にコミュニケーションマニュアルの個別一覧には、支援を要する5項目(伝達・理解・挨拶・読み・書き)、意思伝達の姿、留意事項などが具体的に明記されている。しかし、マニュアルに沿った支援は行われているものの、利用者固有の表現(しぐさ・表情・うなる声・クセ)の意味合いを支援者間で共有する体制は十分とは言えず、利用者とのコミュニケーション確保・共有に向けた職員間の更なる取組が望まれる。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。 利用者の主体的な活動を尊重し策定された「私たちの願い」15項目がある。これは、利用者一人ひとりの思いを聞き取り言葉や文章に整備したものである。利用者の率直な願いに心と耳を傾け、主体的な活動の確保に向けた支援姿勢は評価できる。</p>		
A③	A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>見守りと支援の体制は整備されている。 利用者の日常生活支援にあたり、アセスメント・個別支援計画・個別支援マニュアル・日常生活支援マニュアルを基に、利用者が自力で行う日常生活の見守りと支援の体制が整備されている。利用者の日常行為に支障が見られる場合は、アセスメントの見直しと検討会議を早急に開催しその対応が図られている。</p>		
A④	A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b
<p>評価者コメント4</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。 やまゆりに入所している利用者の障がい程度は重く、学習や施設外体験は限られた範囲で行われている。当施設のエンパワメントに視点を当てたプログラムには工夫の余地がある。例えば、日中活動の中で火や包丁を使わない調理体験(簡単デザート作り)、ハンカチなどの小物洗濯体験等、利用者の能力に合った学習体験やプログラム(支援メニュー)の工夫が求められる。</p>		

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事		第三者評価結果
A⑤	A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a
<p>評価者コメント5</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 医師から出された「食事指示箋」及び個別支援マニュアルを基に、食事に関わるマニュアルが策定されている。食事支援マニュアルの個別一覧には、利用者の身体状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。その内容として、食事の提供形態・スプーンなどの補助具・具体的な支援方法等、個別に配慮したものとなっている。また、利用者に体調不良が生じた際は、栄養士との連携の下に状況に応じた食事の提供が行われている。</p>		
A⑥	A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a
<p>評価者コメント6</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。 食事サービスを検討する給食委員会は、中山の園5施設の支援員代表・利用者代表・栄養士・調理員で構成され、食事に関する意見・要望等が交わされている。委員会の中では、利用者の障がいを考慮した食器やスプーンの材質及び形状を吟味し、楽しく食べられるように工夫がなされている。また、利用者の嗜好調査に応じたセレクトメニューの実施や「やまゆり自治会」「なんでも相談」に寄せられる要望が献立に反映されるよう活かされている。更に食材の形状が分からなくなるブレンダー食の介助者は「これは〇〇だよ美味しいね」等と声をかけ、雰囲気作りをしながら食事の支援がなされている。</p>		

A⑦	A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
<p>評価者コメント7 喫茶環境に配慮している。 施設の高台に位置する食堂は、窓からの日差しが注ぎ、眼下に広がる木々の緑が心地よい空間となっている。食事時、利用者間のトラブルに配慮した配置席や、時間差で食事ができるようにしている。嚥下対策のトロミ食や食事のペースに合わせ、食事時間には幅を持たせた対応が行われている。食事を拒否する利用者に対しては、無理強いせず誘い掛けを工夫したり、代替え食等を準備し支援している。</p>		
2-(2) 入浴		第三者評価結果
A⑧	A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a
<p>評価者コメント8 利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 個別の障がいに配慮した「入浴支援マニュアル」には、障がいの程度・必要な介助・介助の留意点などが明示されている。日常支援マニュアル(入浴)には、安全やプライバシー保護に関しての具体的な支援方法や注意点が定められている。</p>		
A⑨	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>評価者コメント9 利用者の希望に沿って行われている。 原則週3回の入浴については、利用者と家族の了解を得て実施している。入浴予定日に拒否した場合は、翌日に実施するなどの対応が図られている。尿や便秘で身体を汚した場合はその都度シャワーで洗体し清潔に努めている。</p>		
A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>評価者コメント10 環境は適切である。 男子棟に懸案だった「特殊浴槽」が設置されたことで、障がいの重い利用者も安全な入浴の確保ができようになっている。「特殊浴槽手順書」にもとづいて機械操作・介助体制・浴室清掃が行われている。また、女子棟の危険を伴った大浴槽は小浴槽に改修し、利用者の安全な入浴を確保すると共に、入浴支援者の介助負担の軽減にもつなげている。</p>		
2-(3) 排泄		第三者評価結果
A⑪	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価者コメント11 介助は快適に行われている。 個別支援計画・個別支援計画マニュアルを基に、日常生活(排泄)支援マニュアル個別一覧が策定され、排便・排尿結果は毎日チェックし記録されている。介助の必要度合いや介助内容(着脱支援・拭取り支援・使用便器)、注意点が明示され、個人的事情に配慮した排泄支援が行われている。</p>		
A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>トイレ評価者コメント12 清潔かつ快適ではない。 施設の老朽化で生じる改善課題はトイレに限らず、支援者の努力では解決に至らないのが現状である。しかし、清潔なトイレ空間を目指した掃除手順の見直しや、「トイレの臭いを少なくしよう」をテーマとし現状分析に取組み、一定の効果を挙げている活動姿勢は評価したい。</p>		
2-(4) 衣服		第三者評価結果
A⑬	A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a
<p>評価者コメント13 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 衣服の準備は基本的に保護者等をお願いしているが、保護者等の依頼による購入支援も行っている。好みの衣服を表示できる利用者には側面的支援が行われている。時には、他の利用者の服を気に入りに着用する場合もあるので、着てみたい気持ちを受け止めた上で、間違いを正すように支援をすると共に、好みの衣服の一つと捉え衣類購入の際の参考としている。</p>		

A⑭	A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a
<p>評価者コメント14 衣類の着換え時の支援や汚れに気付いたときの対応は適切に行われている。 起床時の汚れの確認や日中活動で汚れに気づいた時は速やかに対応に心がけている。利用者によっては衣服の拘りが強く、着替えを拒否することもあるため、個別に合わせた対応で清潔を保つようにしている。破損した衣服の処分や補充は、利用者本人や家族の承諾を得て行われている。</p>		
2-(5) 理容・美容		第三者評価結果
A⑮	A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a
<p>評価者コメント15 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 髪型について、ヘアスタイルの見本(更新)を見せながら本人の希望を確認し実施している。爪切りや髭剃りは利用者の希望に応じるほか、定期的実施している。また、整髪、歯磨きは見守りと必要な介助が適切に行われている。</p>		
A⑯	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>評価者コメント16 配慮している。 施設に理容・理髪業者3人が来所している。事前に写真などを提供し利用者の希望するヘアスタイルを確認している。やまゆりの利用者の状況や地域性もあり、施設外の理髪・美容院を利用することは難しい状況にあるものの、希望があれば実施可能とのこと。利用者によっては、イスに座るのが苦手な場合もあり、業者の理解と経験が不可欠である。利用者との相性もあり3人の存在は貴重である。</p>		
2-(6) 睡眠		第三者評価結果
A⑰	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	a
<p>評価者コメント17 配慮している。 個別支援計画及び就床支援マニュアル(全体・個別)が策定されている。個別支援一覧には、就床環境・就床スタイル・不眠時の対応など、安心して眠りに就けるように具体的に明示されている。利用者一人ひとりの就寝動向や排泄支援を把握し、個別に配慮した支援が行われている。夜間に行われた個別支援の内容は業務日誌に記録されている。</p>		
2-(7) 健康管理		第三者評価結果
A⑱	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a
<p>評価者コメント18 適切である。 重複障がいを持っている利用者も含め、全員の健康管理体制は整備されている。日常通院している病院の主治医と、施設に常勤する看護師は連携して利用者の健康管理にあたっている。利用者の体調異変で病院受診した際は家族にその都度報告がなされている。健康の記録は、通院状況等を含めてパソコンシステムにより業務日誌やケース記録に反映され、職員間で共有されるとともに、個別に健康のまとめ(月間・年間)として様式により記録し整備され健康管理がなされている。歯科診察は3か月に一度スクリーニングを行っており、歯の状態説明と歯磨き指導を受けている。6か月ごとのモニタリングや面会時に於いて、利用者の健康状態は家族に説明が行われている。</p>		
A⑲	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p>評価者コメント19 必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 事故・緊急時対応は、休日・平日のマニュアルが用意され、迅速な医療が受けられるよう対応している。日常的に連携を図っている地域内協力医療機関は、30分を用するが確保されている。</p>		
A⑳	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a
<p>評価者コメント20 確実にされている。 内服薬の保管・管理マニュアルに沿って、日々の薬の扱いは厳しくチェックが行われている。薬チェック表には受け渡し看護師・受け取り職員・仕分け職員・確認職員の順に名前が明記され、誤と薬を防ぐ取組が行われている。また、服薬照合表による確認を二人体制で行っている。与薬マニュアル(個別)一覧は、与薬時間・薬処方形態・与薬の留意点・支援のポイントが明示されている。さらに、誤と薬事故発生時対応マニュアルも用意され、薬の準備から服用後の空袋を照合するまでの一連の取組は高く評価できる。</p>		

2-(8) 余暇・レクリエーション		第三者評価結果
A⑳	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p>評価者コメント21 余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分でない。 「やまゆりの会」や「なんでも相談」を通して、利用者の希望を把握している。利用者には他施設の催しや地域内イベントの情報を提供し、可能な範囲で参加している。冬季期間は交通上の問題で実施が減少する。日中余暇活動としては、ビーズ通し・チリ紙折り・エアパックつぶしをして、心の安定が図られるよう支援している。中山の園グループの他の施設内で民謡ボランティアを見た後「良かった」と口々に表現する様子から、利用者にとって刺激の大きさが窺えるため、やまゆり独自のボランティア活用についても前向きに捉えた検討と実施に期待したい。</p>		
2-(9) 外出・外泊		第三者評価結果
A㉑	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b
<p>評価者コメント22 利用者の希望に応じているが、十分でない。 外出は限られた地域と時間の範囲内で行われている。計画的外出はドライブや買い物を楽しんでいる。ドライブの道沿いにある建物を身近な生活に結び付けて説明したり、利用者の意思を尊重した買い物支援の場となっている。連絡先などを明示したカードを携帯しない理由として、身に着けたカードを気にして破いたり、かみ砕くなど危険な行為が予測されるためである。冬季期間の外出制限に対しては、前項のボランティア利用も含めて更なる工夫が望まれる。</p>		
A㉒	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a
<p>評価者コメント23 利用者の希望に応じて行われている。 利用者が外泊する際は「外泊のしおり」に沿って、安全な生活ができるよう配慮している。外泊の実施は年々減っており、理由として、利用者本人の障がい重度化していること、受け入れる側の家族に変化が生じ(両親・兄弟の高齢化や死去による)外泊の実現は難しくなっている。外泊前後の連絡や確認、記録は整備している。</p>		
2-(10) 所持金・預り金の管理等		第三者評価結果
A㉓	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b
<p>評価者コメント24 適切な管理体制が整備され、確実な取組が十分ではない。 施設利用者預かり金等管理要綱、他各種マニュアルにより支援体制は整備されている。個人別預り金台帳・個人別金銭出納帳等で管理責任が明確になっている。障がいの重い利用者本人に金銭管理を課すことは難しいが、外出先での買い物を通して金銭学習は行われている。今後は、身近な経験に合わせた学習プログラム(支援メニュー)の用意が求められる。</p>		
A㉔	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	a
<p>評価者コメント25 利用者の意志や希望が尊重されている。 個人的に好みの雑誌を購入したり、テレビを購入し自室で利用することは可能となっている。希望があれば購入等の支援も行なっている。また、居室利用者が複数の場合はヘッドホーンを使用してテレビをみている。更に紙類に異常に反応して小さくちぎったり、口に入れてしまう利用者があるため、主体性を尊重しながら見守りと利用者間への配慮を行いながら支援をしている。</p>		
A㉕	A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	a
<p>評価者コメント26 利用者の意志や希望が尊重されている。 現在、利用者の中に、酒やたばこを希望する者はいない。コーヒー、ジュースなどを好む利用者には、土日を中心に希望を尊重し敷地内にある自動販売機を利用し購入の支援が行われている。</p>		